Néstor Perlongher

EL FANTASMA DEL SIDA



Néstor Perlongher

EL FANTASMA DEL SIDA



Portada: *Jorge Sposari*

Av. Pte. Julio A. Roca 751 4º C,
Buenos Aires, Argentina
Mariano Moreno 2708, Montevideo, Uruguay
Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

INDICE

Agradezco especialmente a Edward Mac Rae y Glauco Mattoso, por haber colocado a mi disposición sus archivos personales, y a la doctora Silvia Bellucci, del Centro de Control e Investigación Inmunológica "Dr. A. C. Corsini", de Campinas, por su colaboración en la parte médica.

Introducción

Un fantasma recorre los lechos, los flirts, los callejeos: el fantasma del SIDA. La sola mención de la fatídica sigla (formada con las iniciales de Acquired Immunological Deficiency Syndrome, o sea, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) basta para provocar una mezcla morbosa de curiosidad y miedo.

En el comienzo, la paranoia parecía restringirse a los homosexuales norteamericanos. En la costa oeste de los Estados Unidos, precisamente en la ciudad de San Francisco –epicentro de una potente "revolución sexual" que sacudió las mucosas de Occidente y amenazó subvertir las castas reglas de dos mil años de cristianismo–, se verificó, entre 1980 y 1981, una extraña sucesión de muertes.

Se habló de "cáncer gay", de "peste rosa". In-

clusive, la primera denominación que extraoficialmente se le dio –GRID (Gay Related Immune Deficiency, o Deficiencia Inmunológica Relacionada con la Homosexualidad)– recogía esa especie de vínculo original entre homosexualidad y enfermedad (hasta hace muy poco tiempo la homosexualidad era en sí misma considerada una enfermedad). Sin embargo, la aparición de casos en otras capas de la población cambió la orientación de las investigaciones médicas y otorgó a la enfermedad su nombre definitivo.

¿Qué es el SIDA? Aunque el conocimiento científico ha avanzado bastante, el mal está rodeado todavía de un velo de misterio. Se sabe que es transmitido por contacto sexual o a través de la sangre. No se trata –como pretenden algunos moralistas– de una "enfermedad homosexual": el virus que la causa puede, eventualmente, ser transmitido a y por cualquier persona. Una vez desencadenada la enfermedad es prácticamente fatal. No existe hasta el momento cura conocida para el SIDA.

La conmoción provocada por el SIDA parece un tanto desmesurada con relación a su incidencia estadística real. A pesar de algunas proyecciones apocalípticas, que llegan hasta a predecir la extinción de la humanidad, actualmente el SIDA mata menos que otras enfermedades más conocidas –desnutrición, males cir-

culatorios, cáncer, infecciones intrahospitalarias, etc.–. Existe mayor probabilidad de morir arrollado por un auto en la calle que a consecuencia del SIDA. Pero el horror de los cuerpos que enferman y mueren se vuelve más pavoroso cuando se adivinan, en el origen de las contorsiones de la agonía, los espasmos del goce.

De la misma manera que el SIDA trascendió, desde el principio, el dolor particular de sus víctimas para extenderse a los corredores de los "ghettos" como un poderoso mecanismo de moralización y control, derivado de las ondas de pánico, el fantasma parece abandonar los difusos límites de los circuitos minoritarios donde anidara, para aterrorizar también a los heterosexuales. Así, el SIDA, que comenzó siendo visto como una "enfermedad homosexual", es ahora anunciado como una amenaza para las familias.

La iconografía de ese desplazamiento se rastrea fácilmente, al hojear los grandes semanarios de actualidades. La revista alemana *Der Spiegel* estampaba, en la tapa de un número de junio de 1983, la imagen de dos muchachos desnudos, circuidos los genitales de uno de ellos por una ampliación de microscópicos gérmenes (simbólicamente, la muerte en el blanco exacto del deseo); tres años después, en diciembre de 1986, la misma publicación sus-

tituía a los jóvenes atletas por una pareja heterosexual contra la cual un Cupido cadavérico apuntaba sus ponzoñosas flechas.

El pánico suscitado por el virus no es tan inédito como se anuncia; análogas pesadillas fueron provocadas, a lo largo de la historia, por sucesivas pestes. La discriminación no es, tampoco, ninguna novedad. Cuando las pestes medievales, se perseguía a los judíos, acusados de infectar deliberadamente las aguas o por considerar a su mera existencia como un atentado a la Divina Voluntad, la cual, ofendida, se vengaba. En forma análoga, surge en 1985 la noticia de un peluquero expulsado de la ciudad de Araguari, en Minas Gerais, bajo la acusación de zambullirse malignamente en la piscina del club, sin siquiera estar enfermo. Ni aun los argumentos celestiales parecen haber cambiado tanto.

Una enfermedad relacionada con lo sexual toca en un punto particularmente sensible para la sociedad contemporánea, tan preocupada con la higiene y el cuidado del cuerpo. A ese pesado estigma, signo de múltiples reglas de orden social, se agrega, en el caso particular del SIDA, otra complicación derivada de la posibilidad de que la enfermedad sea transmitida por la sangre. En este punto surge un interrogante: a pesar de la práctica corriente de las transfusiones, ¿el miedo a la mezcla de san-

gres no conservará, en el imaginario social, la fuerza de su simbolismo atávico? No hace, al cabo, demasiado tiempo que el nazismo esgrimió los principios de la sangre para fundamentar su racismo ario. Alguna sombría similitud pueda acaso esbozarse entre el actual reflujo de la revolución sexual –que corona una época ávida de experiencias contestatarias– y la atrevida locura de las décadas de los '20 y los '30, los *Años Locos*, que preludió los horrores del fascismo y de la guerra.

La emergencia del SIDA pone en movimiento una diversidad de articulaciones que no merecen restringirse al estrecho plano de la información médica. Se hace necesario, sobre todo, atender a las repercusiones sociales y sexuales de este consternador problema, que atañe a las relaciones de los cuerpos y sus afectos.

Cabe resaltar que, por el hecho de ser el SIDA una enfermedad nueva, una creciente masa de informaciones, a veces contradictorias, es día a día puesta en circulación. En esas condiciones, pocas verdades absolutas pueden ser afirmadas; los enunciados –inclusive médicos– emitidos sobre la cuestión no pueden esconder, hasta el momento, su carácter provisorio. En la medida en que este libro es afectado por esas circunstancias, las hipótesis e interpretaciones aquí vertidas llevan

la marca de esa provisoriedad. Lejos de eludir la polémica, la idea es, por el contrario, contribuir a la misma; sólo de una discusión lo más amplia posible podrán emanar perspectivas más lúcidas para entender y enfrentar este complejo asunto.

La enfermedad

SIDA –Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida–, ese nombre encierra una serie de conceptos médicos muchas veces difíciles de entender. Sigue, para una mejor comprensión, la aclaración por separado de los términos que componen la sigla.

-*Síndrome*: conjunto de síntomas que ocurren más o menos simultáneamente, con una o varias causas en común. El SIDA es definido como un síndrome porque no tiene una manifestación única; por el contrario, se caracteriza por la aparición de varias afecciones sucesivas y simultáneas, que "ocultan" la verdadera enfermedad.

-*Inmunodeficiencia*: esto es, deficiencia del sistema inmunológico. La inmunidad es la capacidad que tiene el organismo para recono-

cer y destruir "invasores" que lo "atacan". ¿Por qué deficiencia? Porque lo peculiar de esa enfermedad es que ese sistema deja de funcionar y el organismo se ve expuesto a una multiplicidad de agentes infecciosos, muchos de los cuales son habitualmente inofensivos, pero que consiguen, en tales condiciones, alcanzar su máximo desarrollo nocivo. El SIDA es justamente una enfermedad del sistema inmunológico, que desencadena un derrumbe general de las defensas orgánicas.

-*Adquirida:* existen formas hereditarias de deficiencia inmunológica. En el caso del SIDA, la inmunodeficiencia se da por contagio, esto es, el agente infeccioso penetra en el organismo a través de la sangre, del esperma o de ciertas secreciones de algún otro organismo en el cual se encuentra presente.

La querella de las nomenclaturas

Una vez conocida y descrita por los médicos como una perturbación del sistema inmunológico, se trataba de descubrir cuál era la causa de la nueva enfermedad. En un primer momento, en los Estados Unidos se discutía si el agente causante era único (la llamada teoría unifactorial) o una confluencia de factores sanitarios y sociales (teoría multifactorial) –polémica,

por otro lado, muy profunda en la historia de la medicina–. La teoría unifactorial acabaría por imponerse con el hallazgo de que el SIDA –como será expuesto más adelante– es causado por un virus. Resulta, sin embargo, interesante destacar uno de los argumentos de la tesis multifactorial: la enfermedad no sería consecuencia de un nuevo agente infeccioso, sino que los pacientes adolecen por estar expuestos a un "ambiente biológico" extremadamente nocivo, caracterizado por cuadros de enfermedades venéreas y otras infecciones simultáneas.

Los científicos ya pensaban que algunas formas de cáncer podrían ser causadas por un virus. Los virus son agentes muy pequeños (la diezmilésima parte de un milímetro) que no pueden sobrevivir de manera independiente, por lo cual necesitan del parasitismo en células vivas de otro ser.

El médico americano Robert Gallo ya había conseguido aislar el virus generador de una forma de leucemia muy rara hasta entonces (la cual, mientras tanto, también estaría expandiéndose ahora en el sur de los Estados Unidos). Gallo denominó ese virus como HTLV-1 (*Human T Cell Leukemia Virus*, o sea, virus de la leucemia humana que ataca las células T; éstas son las encargadas, entre otras funciones, de la defensa inmunológica), y cre-

yó estar, en el caso del SIDA, ante una variante de ese mal.

El virus sería descubierto, pero del otro lado del Atlántico. Cupo al equipo del Instituto Pasteur, de París, dirigido por el doctor Montagnier, el mérito de hallarlo. Haciendo la biopsia de un ganglio de un paciente homosexual –que acabaría por no desarrollar la enfermedad–, descubrió, en 1983, un virus completamente nuevo que fue bautizado LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*, o sea, virus asociado a afecciones del sistema linfático, del cual los ganglios forman parte).

Entretanto, los científicos americanos prosiguen sus investigaciones, y consiguen, en 1984, aislar artificialmente al virus en laboratorio. El descubrimiento de Gallo es presentado como "un milagro de la medicina y de la ciencia americana".

El equipo de Gallo asignó su propio nombre al virus, HTLV-III (*Human T Lymphotropic Virus III*). Recientemente se intentó resolver esa disidencia de nomenclaturas con la propuesta de una nueva designación para el virus: HIV (*Human Immunodeficiency Virus* o Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

El sistema inmunológico

Para explicar qué es el virus del SIDA y cómo actúa, se hace necesario hablar un poco del sistema inmunológico humano.

Este sistema tiene, por lo menos, dos grandes funciones. La primera se relaciona con el medio exterior, sus habitantes, sus agresiones. La segunda está replegada hacia el interior del individuo, hacia su propio organismo, protegiéndolo de una diversidad de procesos mórbidos que se desarrollan silenciosamente. Ambas forman dos grandes líneas de defensa.

La exterior está constituida por la piel y por las mucosas que recubren, por ejemplo, las vías respiratorias, incluyendo allí las secreciones. Si esa barrera fuese atravesada y un cuerpo invasor ingresase en el torrente sanguíneo, se accionaría entonces el segundo sistema de defensa, el interior: las células de inmunidad especializada.

Aunque esas dos grandes funciones parecen estar aisladas la una de la otra, ellas dependen, en última instancia, de un componente central del sistema especializado de inmunidad, un tipo de glóbulo blanco llamado linfocito T 4 "auxiliar". La función de ese linfocito T "auxiliar" puede ser comparada con una central de computadora: él alimenta todas las

otras terminales, emitiendo informaciones a las restantes componentes del sistema inmunológico; éstas permiten organizar la defensa del organismo atacado por el cuerpo extraño. Todo este proceso tiene lugar en la sangre.

Esos terminales-componentes son muy variados. Algunos, como los linfocitos B, producen anticuerpos –moléculas de proteína presentes en la circulación sanguínea, que ayudan a eliminar del organismo los agentes extraños, fijándose en ellos y "marcándolos"–. Así, con relación al virus del SIDA, hay una producción de anticuerpos específicos que señalan y guardan en la memoria su presencia.

¿Cómo funciona normalmente la relación entre los linfocitos B y los linfocitos T 4 "auxiliares"? Cuando el organismo entra en contacto con el virus del sarampión, por ejemplo, los linfocitos B, después de recibir la orden de los linfocitos T 4 "auxiliares", pasan a producir anticuerpos contra aquel microorganismo. Vencido el plazo de peligro y no habiendo más necesidad de mantener la producción de anticuerpos, también son las células T 4 "auxiliares" las que envían información a otro tipo de linfocitos T 8 ("supresores"), ordenando cesar el ataque.

El virus

El virus del SIDA ataca de una forma particularmente maligna, pues se dirige contra las propias células encargadas de la defensa inmunológica. Una vez que el virus penetra en la sangre, procura el tipo de células que lo acojan (ya que no puede desarrollarse solo, necesita recurrir al parasitismo en determinados tipos de célula). El virus del SIDA tiene, justamente, una afinidad especial con los linfocitos T 4 "auxiliares".

Una vez que el virus ha conseguido penetrar en el interior de la célula, puede permanecer indefinidamente adormecido. Sin embargo, por circunstancias aún desconocidas, es capaz de comenzar a reproducirse masivamente, aprovechando la activación de la maquinaria celular del linfocito T 4 "auxiliar" para multiplicarse. Pero, mientras la célula se divide sólo en dos, el virus se reproduce por millares, transformando a la célula en una verdadera usina del virus que la destruye. Así producido, éste se introduce en otras células, preferentemente linfocitos T y, secundariamente, en ciertas células cerebrales. Y va diseminándose.

Las células infectadas pueden ser estimuladas –por ejemplo con una infección "común"– y contribuir a la multiplicación del vi-

rus. Así, nuevas infecciones padecidas por los organismos ya atacados por el LAV/HTLV-III pueden contribuir al agravamiento del SIDA.
Como hay millares de linfocitos T 4, se requiere cierto tiempo para que el sistema inmunológico sea perturbado; pero una vez desencadenado ese proceso, él será puesto progresivamente fuera de combate. En un momento dado ya no restarán células para combatir las infecciones que el paciente pueda contraer.

Los síntomas

La ubicuidad de los síntomas –¡pueden ser tantas cosas!– los vuelve inciertos: ganglios inflamados, fatiga sin motivo, pérdida involuntaria de peso, fiebres intermitentes, diarreas, tos persistente.

Esas señales clínicas no son exlusivas del SIDA, pues algunas de ellas pueden corresponder a otras enfermedades, como la tuberculosis. No es pertinente sospechar de SIDA si se trata de simples fiebres, diarreas y sudor, comunes a una amplia gama de afecciones.

La sospecha se torna consistente ante la duración y extrema complejidad de los síntomas, que resisten a otras explicaciones.

Entretanto, la mayoría de las manifestaciones del virus del SIDA son benignas. Más de la

mitad de los que entran en contacto con el virus no desarrollan ningún síntoma ni enfermedad. Algunos pueden ser los llamados portadores sanos (o asintomáticos) de la enfermedad, que, sin contraerla, portan el virus y pueden, eventualmente, transmitirlo –por el momento no hay cómo determinar en qué ocasión esa transmisión se torna posible–.

La evolución de los síntomas

De dos a seis semanas después de la introducción del virus en el organismo, pueden ser observadas, en un 20 por ciento de los casos, algunas manifestaciones clínicas. Entre ellas, el síndrome mononucleósico: fiebres, inflamación ganglionar y algunas erupciones rojizas en la piel. Esos síntomas desaparecen espontáneamente después de unos diez días; su presencia nada indica con respecto a la eventual gravedad del caso.

En los tres meses subsiguientes a la penetración del virus, el organismo va a fabricar los anticuerpos que señalan el contacto con el cuerpo extraño.

De las personas contaminadas, solamente una minoría desarrollará entonces las formas graves del mal. Algunas irán a presentar manifestaciones menores, a veces no aparen-

tes y otras bajo la forma de ciertos síntomas secundarios, una especie de "cuadros benignos" que, por lo general, no evolucionan en forma fatal. Esos cuadros pueden ser agrupados en dos grandes configuraciones: el síndrome de linfadenopatía crónica, y otra forma más importante —ARC o SAS (*Aids Related Complex*, para los americanos; Síndrome Asociado al SIDA, para los franceses)—.

Síndrome de linfadenopatía crónica o LGP (Linfadenopatía Generalizada Permanente)

Por linfadenopatía se alude a las molestias de los órganos linfáticos. La LGP se caracteriza por el aumento del volumen de los ganglios linfáticos, que alcanzan una dimensión anormal, frecuentemente superior a un centímetro de diámetro, en diferentes partes del cuerpo, sobre todo en el cuello y en las axilas. Ese aumento puede persistir durante meses o años: ni en su tamaño ni en su duración indican hipotéticas evoluciones hacia formas letales del SIDA. La inflamación de los ganglios es común a una vasta masa de infecciones; sólo cuando se observa un franco aumento de volumen no atribuible a otras causas es que puede estable-

cerse una relación con la presencia del virus del SIDA.

Síndrome asociado al SIDA o ARC

En este cuadro se observan afecciones menores, sobre todo infecciones con hongos que aparecen en el rostro, las uñas o la boca, conocidas como *muguet*. También puede manifestarse una fiebre prolongada a lo largo de varias semanas y superior a los 38°; hay pérdida involuntaria de peso, excediendo el 10 por ciento de la masa corporal; se presentan sudores nocturnos abundantes, que obligan al cambio de sábanas.

Pueden aparecer, inclusive, lesiones como la púrpura –pequeñas manchas hemorrágicas en las piernas–, que corresponden a un exceso de defensas del organismo, que aumenta desordenadamente la producción de anticuerpos, los cuales se vuelven contra las plaquetas sanguíneas. Pero tampoco se trata de SIDA: los síntomas no evolucionan necesariamente en el sentido de un derrumbe general de las defensas orgánicas.

Esos dos cuadros descriptos son provocados por el virus del SIDA; sin embargo, no son estrictamente SIDA. Lo que sucede es que la ma-

yoría de las manifestaciones del virus son, como ya fue dicho, benignas. Sólo cuando aparecen las manifestaciones malignas es que puede hablarse del SIDA *stricto sensu*.

El SIDA *stricto sensu*

¿Qué les sucede a quienes desarrollan realmente la enfermedad? Como hay una caída muy fuerte de las defensas orgánicas, gérmenes habitualmente inofensivos aprovechan para invadir el organismo. Aparecen entonces las infecciones oportunistas, así llamadas porque no pueden desarrollarse sino en esas condiciones favorables.

En un primer momento, cuando la acción del virus todavía no es severa, las infecciones oportunistas se limitan a las mucosas (cándida bucal, herpes genital) o se expresan en una sucesión de infecciones leves pero persistentes, tales como sinusitis, forúnculos, etcétera.

Cuando el SIDA avanza, las infecciones oportunistas se multiplican. Ellas pueden afectar los pulmones, el tubo digestivo, el sistema nervioso y, accesoriamente, la piel. En el plano neurológico, las cefaleas prolongadas pueden constituir un síntoma sugestivo. También es posible la presencia de un cuadro tratable, si es precozmente atendido, de toxoplasmosis.

Una de las afecciones más comunes es una forma grave de neumonía, causada por el parásito *Pneumocystis carinii*. Además comienzan a aparecer algunas formas de cáncer, como el sarcoma de Kaposi.

El sarcoma de Kaposi

Una de las manifestaciones más conocidas del SIDA, el sarcoma de Kaposi, es una enfermedad con historia. Se trata de una afección de apariencia banal: placas violáceas de pequeñas dimensiones; clásicamente aparecen en los miembros inferiores. Fue detectada primeramente en los "ghettos" judíos de la Europa central y atribuida a la promiscuidad. Allí, el médico vienés Moritz Kaposi (en rigor, un seudónimo) reconoció la enfermedad y le legó su nombre. La enfermedad está situada –en la expresión del profesor Escande, del Instituto Pasteur de París– "en los límites del cáncer". Raramente letal, era considerada una rareza.

Ya en este siglo, fue descubierta una variante africana del sarcoma de Kaposi, un poco más explosiva, caracterizada por la eclosión de verdaderos tumores, lesiones ulceradas y ganglios voluminosos.

El legado minoritario que esa enfermedad acarreaba sería fácilmente transmitido a los

homosexuales. Así, inicialmente el SIDA fue considerado el "Kaposi de los gays" y, apodado desafortunadamente, "cáncer gay" hasta por los propios diarios homosexuales de California.

No obstante, el Kaposi asociado al SIDA tiene una forma mucho más violenta: una erupción generalizada que se arrastra durante muchos meses, atacando la cara y los órganos internos. La sobrevida media es de apenas dos años.

El derrumbe del sistema inmunológico provocado por el SIDA puede favorecer la proliferación de otros tipos de cáncer, como linfomas (tumores que se desarrollan a partir de los ganglios linfáticos) que afectan prioritariamente el cerebro.

Definitivamente, el SIDA no es un cáncer, pero abre la puerta para una diversidad de tumores malignos.

La transmisión

El virus del SIDA se transmite por el esperma, por las secreciones vaginales o a través de la sangre. Estas son sustancias habitualmente transferidas entre las personas; en el esperma y en la sangre el virus se aloja dentro de las células, con algunas condiciones de sobrevida.

El SIDA es una enfermedad relativamente poco contagiosa; el agente que la causa muere al entrar en contacto con el aire o con el alcohol. La manera más común de adquirirla es por el contacto sexual. Pero puede también ser transmitida por la transfusión de un individuo a otro de sangre que contenga células infectadas. Eso explica los casos de contaminación a través de transfusiones sanguíneas o del uso colectivo de jeringas por parte de toxicómanos. Existe asimismo el contagio de la madre hacia el niño durante el embarazo o el amamantamiento, por mecanismos hasta el momento poco claros.

Se han hallado señales del virus en la saliva y en las lágrimas. Sin embargo, las posibilidades de que el mismo pueda ser transportado por esos líquidos orgánicos son escasas (en el peor de los casos, sería necesario que las lágrimas o la saliva penetrasen en la sangre a través de alguna herida). La polémica desatada entre americanos y franceses con respecto al beso se reaviva. Si para los científicos del Instituto Pasteur el contagio por esa vía es poco probable, sus rivales norteamericanos, más cautelosos, suelen desaconsejar los besos prolongados.

Versiones no comprobadas sugieren que el SIDA también podría ser transmitido por un mosquito. Sería, empero, bastante difícil

–aducen los críticos de esa remota hipótesis– concebir un mosquito capaz de identificar las preferencias sexuales de las víctimas.

Existe una especie de jerarquía del riesgo. El coito anal sería particularmente peligroso, porque la fricción del pene en las paredes del recto produciría microscópicas heridas, a través de las cuales el virus pasaría a la corriente sanguínea; a partir de ese razonamiento, se presume que el individuo pasivo estaría, en la penetración anal, más expuesto que el activo. Este, no obstante, tampoco se encontraría a salvo, ya que el virus también podría penetrar a través de microlesiones del pene.

La mucosa que recubre la cavidad vaginal sería relativamente menos frágil que la del recto. Empero, la difusión predominantemente heterosexual del SIDA en Africa restaura las dudas.

No existen datos precisos que permitan evaluar el riesgo real de transmisión del virus del SIDA a través de contactos buco-genitales (como la fellatio); según se deduce, las posibilidades de contagio estarían ligadas a la potencia traumatizante del contacto. Las fuentes consultadas no registran la presencia de LAV/HTLV-III en la orina ni en la materia fecal. Los contactos buco-anales suelen ser desaconsejados, aunque su capacidad de contagio –descontadas las

heridas en esos órganos– no está aún claramente establecida.

Hay inciertas probabilidades de que el virus pueda ser transmitido a través de tatuajes, tratamientos odontológicos o de acupuntura hechos con instrumentos no convenientemente esterilizados. Por precaución se recomienda que los utensilios de uso íntimo, como cepillos de dientes, hojas de afeitar, alicates, etc., usados por enfermos de SIDA, no sean usados por otras personas.

LO QUE TRANSMITE EL SIDA

Contagio comprobado	**Contagio probable**
Coito anal	Relación buco-anal
Coito vaginal	Relación buco-genital
Contacto con esperma	Beso prolongado
Transfusiones de sangre	Acupuntura o tatuajes con instrumentos no esterilizados
Jeringas no esterilizadas	Hoja de afeitar o cepillo de dientes usados por enfermos
Contagio intrauterino (cuando el feto contrae la enfermedad de la madre)	Alicate, tijera o navaja no esterilizados
	Instrumentos odontológicos o

quirúrgicos no
esterilizados
Lamida en las
heridas
Contacto con
sangre menstrual
Lágrimas (muy
poco probable)

LO QUE NO TRANSMITE EL SIDA

Aire
Agua de piscinas
Vapor de saunas
Bañeras
Asientos de ómnibus
Picaportes
Retretes
Apretón de manos
Besos en el rostro (evitando las heridas)
Alimentos
Vasos
Cubiertos
Platos
Ropas de cama
Papel moneda
Donar sangre (con instrumentos
esterilizados)

Cómo no se transmite el SIDA

Una infinidad de mitos procuran explicar las formas fantasiosas de precaverse de la enfermedad. Ellas van desde el rechazo del beso "social", o de un apretón de manos, hasta no empuñar picaportes ni usar retretes por donde supuestamente hayan pasado enfermos. Igualmente mítica es la creencia del probable contagio en una piscina pública, o a través de la cama de un motel. El peligro de transmisión a través de vasos, cubiertos, platos, etc., aunque hayan sido lavados sólo superficialmente, es nulo. Tampoco ofrece peligro el papel moneda.

A pesar de que la difusión de la enfermedad haya originado una acentuada reducción de los dadores de sangre, donarla no ofrece peligro de contagio, siempre que los instrumentos utilizados sean correctamente esterilizados.

El test

Registrar la presencia del virus del SIDA en la sangre es una operación cara y difícil. Los tests serológicos (sanguíneos) comúnmente practicados permiten inferir directamente el

paso del virus por la sangre, detectando anticuerpos, o sea, moléculas capaces de "marcar" el virus.

Ese test parte del principio de que la infección por el virus del SIDA consiste en la introducción de agentes extraños en el organismo. Como respuesta, tiene lugar una producción de anticuerpos específicos destinados a combatirlos. Tales anticuerpos persisten durante un tiempo bastante prolongado y funcionan como señalizadores del paso del virus.

El test más comúnmente utilizado se llama ELISA. La presencia del anticuerpo que delata el paso del virus es indicada por una reacción colorida. En ese caso se trata de una reacción seropositiva, que debe ser confirmada mediante un nuevo test.

No obstante, un resultado seropositivo no indica necesariamente que la persona analizada tenga SIDA, sino tan sólo que su organismo tuvo algún contacto con el virus y produjo, en consecuencia, anticuerpos específicos. Si el individuo con resultado seropositivo no presenta otros síntomas, tampoco es posible saber si él es o no un portador sano del virus.

Cuando el resultado seropositivo se combina con síntomas característicos de infección por el virus del SIDA, se efectúan otros tests más complejos –inmunofluorescencia, radioinmunoensayos, radioinmunoprecipitación, Wes-

tern Blott–, a fin de detectar con mayor seguridad la presencia del virus.

El test ELISA no es absolutamente seguro pues puede dar resultados falsos-positivos o falsos-negativos. Si una persona tiene un resultado positivo, eso no quiere decir que tenga el SIDA, sino apenas –repetimos– que posee los respectivos anticuerpos. Se calcula que no más del 15 por ciento de los seropositivos llegan a contraer efectivamente la enfermedad.

A pesar de los frecuentes pronunciamientos médicos a favor de cierta generalización del test anti-HTLV-III, algunas voces, desde el propio campo de la medicina, alertan contra los riesgos de su aplicación indiscriminada. En un trabajo titulado *HTLV-III: Should Testing Ever Be Routine?*, los autores (Miller, Jeffries, Green, Harris y Pinching) advierten que los argumentos a favor de la aplicación sistemática de tests de detección de anticuerpos del virus del SIDA no son tan lógicos como parecen. En la medida en que no surja ninguna vacuna potente ni tratamiento eficaz, el test indiscriminado traería riesgos considerables para los pacientes en cuanto individuos, en virtud de las consecuencias de ese "seropositivo": daños psíquicos, emocionales y existenciales, ya padecidos por numerosos pacientes que, al creer que estaban con SIDA, entraron en profundas crisis. Las posibilida-

des de reversión de ese cuadro psicológico son harto difíciles, a raíz del pánico que suele invadirlos. Tales procesos ni siquiera son motivo de preocupación para los promotores de tests generalizados, propensos a pintar cuadros apocalípticos. Sensibilizados por razonamientos similares a los expuestos, los integrantes del grupo homosexual carioca Triángulo Rosa rehusaron someterse al test gratuitamente ofrecido por un equipo clínico, desconfiados de los beneficios que su realización pudiese reportarles.

Más allá de su dudosa utilidad, la generalización del test a toda la población –y la consecuente internación de los seropositivos, estén o no enfermos, hasta el descubrimiento de una cura (¡propuesta hecha en San Pablo por un doctor norteamericano que vaticinaba el fin del mundo como consecuencia de la expansión del SIDA!)– significaría una fabulosa empresa comercial. No es nada delirante vislumbrar, por detrás de muchos apóstoles del alarmismo, desmesurados intereses en explotar el vasto filón del SIDA.

La esperanza de la cura

No hay actualmente cura conocida para el SIDA. El índice de mortalidad de las personas que lle-

gan a la etapa definitiva de la enfermedad oscila entre el 85 y el 100 por ciento. La medicina se limita a tratar, con desigual fortuna, las infecciones oportunistas y los cánceres que van apareciendo, tratando de retardar al máximo la muerte, que se supone inexorable. Corre así un riesgo común a la mayoría de las enfermedades "graves": complicar la muerte y hacer aún más penosa la agonía.

Algunas infecciones oportunistas, como la neumonía (provocada por *Pneumocystis carinii*), meningitis (causada por *Cryptococcus neoformans*) y encefalitis (provocada por *Toxoplasma gondii*), involucionan parcialmente, pero recuperan el terreno poco después de la suspensión de los medicamentos. Para otras infecciones no hay prácticamente tratamiento, como en el caso del citomegalovirus, virus Epstein Barr y polioma (que provoca encefalopatía multifocal progresiva).

El sarcoma de Kaposi es también difícilmente tratable, pero en el 40 por ciento de los casos existen, en los estadios iniciales de la enfermedad, en pacientes que no presentan infecciones oportunistas, algunas perspectivas de involución mediante la aplicación de interferón o quimioterapia (aunque ésta facilite el surgimiento de infecciones oportunistas).

Se han experimentado algunas drogas orientadas directamente contra el retrovirus:

HPA 23, sumarin, ribavarin, interferón alfa y AZT (azidotimidina); pero la reducción en la producción de virus que de su aplicación resulta es generalmente pasajera, e ineficaz en los estadios avanzados del proceso, con riesgo de ocasionar efectos colaterales complejos. En verdad, la medicina no ha progresado mucho en el escurridizo campo de la lucha contra los virus.

Se especula bastante respecto de las posibilidades de descubrir una vacuna contra el SIDA. De vez en cuando los agentes médicos y la máquina de sonorización de los medios arriesgan vagamente plazos: uno, tres, quince años. Es cierto que el empeño de los científicos es intenso. Empero, detallar las reiteradas tentativas sería entrar en un plano excesivamente técnico. Cabrá sólo esbozar las dificultades que posterguen indefinidamente la concreción de esa ilusión.

En primer lugar, se trata de un virus extremadamente mutante (lo que se transmuta es la envoltura proteica que lo recubre). Un camino posible pasa por la fabricación de anticuerpos específicos; sin embargo, el virus puede coexistir –como se ve en los tests– con los anticuerpos destinados a neutralizarlo. A ello se suma la dificultad de encontrar un modelo animal donde las experimentaciones puedan ser testeadas. Lo más aproximado sería el chim-

pancé, que puede ser tal vez contaminado por el virus del SIDA, pero la infección en su organismo suele ser casi imperceptible. Además de eso, su manutención es muy onerosa.

Los riesgos y los consejos

Ante la ausencia de cura, los consejos médicos se limitan al plano de la prevención, recomendando evitar prácticas consideradas peligrosas. Enumeramos algunas de las sugerencias médicas y paramédicas:

-reducir el número de *partenaires*: los más promiscuos, por la ley de probabilidades, estarán más expuestos al contagio;

-evitar el contacto con el esperma;

-usar profiláctico: recurso que ha demostrado su eficacia frente a otros virus –el látex impide su paso–. Si está mal puesto puede que se rasgue, o que el semen rebalse. Se recomienda su uso con lubricante. Debe ser colocado en el pene ya erecto. Algunos espermicidas se mostraron eficaces en experimentos *in vitro*, pero subsisten aún algunas dudas;

-utilizar jeringas descartables individuales: recomendación para los usuarios de drogas inyectables;

-abstenerse de los actos considerados de mayor riesgo de contagio (según el ítem "Trans-

misión"): coito anal, vaginal, relación buco-genital, buco-anal y todos los que implican mezcla de secreciones.

Lejos de ser "inocentes", estos consejos parten de cierto modelo médico de práctica corporal que guarda una relación conflictiva con los usos concretos de los cuerpos.

La fábula de los orígenes

Los orígenes del SIDA son brumosos. La indecisión clínica favorece la proliferación de mitos —cuyos límites con el saber son, en la sociedad contemporánea, algo difusos—.

Los primeros casos supuestos de SIDA habrían sido documentados en septiembre de 1979, en el sur del Japón, y, cinco meses después, en el Caribe. Que se haya tratado realmente de SIDA es, a la luz de los datos actuales, un poco dudoso: posiblemente fueran casos de una forma muy rara de leucemia, cuyo virus fue inicialmente asociado al SIDA y de donde deriva la denominación americana.

Entre octubre de 1980 y mayo de 1981 se detectó en el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos un inexplicable aumento de la incidencia del sarcoma de Kaposi y de

neumonía provocada por el protozoario *Pneumocystis Carinii* en homosexuales masculinos adultos, hasta entonces sanos, de los estados americanos de Nueva York y California. Casos similares se observarían, poco después, entre inmigrantes haitianos.

¿Qué podría haber en común entre los sofisticados "ghettos" gays de clase media y los desterrados caribeños, que pululaban miserablemente a la sombra de los rascacielos?

Habida cuenta de que el SIDA se transmite por medio del esperma y por la sangre, dos sospechas se insinuaron respecto de esa perturbadora confluencia entre estilizados señoritos e inmigrantes famélicos. La primera se apoyaba en la hipótesis del contagio por el esperma; la segunda, remitía al mercado internacional de bancos de sangre.

El acceso espermático develaba los resultados de reiteradas excursiones de gays en vacaciones entre los hipersensuales machos haitianos, cuyo orgullo por ser excepcionalmente bien dotados registra, en su novela *El Escupido*, el escritor dominicano Manuel del Cabral: a aquél que tenga el pene del tamaño de un brazo se lo tendrá por "falo sagrado", con derecho a regalías no sólo libidinosas.

Si en vez de fantasear sobre los circuitos espermáticos del SIDA, se toma en consideración la transmisión sanguínea del virus, las hipóte-

sis se vuelven menos festivas. Podría existir, quizá, alguna posibilidad de que el virus hubiera entrado en los Estados Unidos desde Haití por medio de las transfusiones. Haití era entonces uno de los principales proveedores de sangre humana para el mercado hospitalario norteamericano (macabro intercambio, donde se ve cómo el imperialista chupa literalmente la sangre del pueblo más pobre del continente).

A pesar de las sospechas acerca de sus vías de ingreso a los Estados Unidos, ¿de dónde es que proviene realmente el SIDA? Las suposiciones al respecto son todavía más erráticas. Se especula acerca de una especie de "nicho ecológico" del SIDA en las adyacencias del lago Victoria. Haitianos residentes en Zaire, en las décadas del '60 y '70, pero que retornaron a su patria, habrían tenido algún papel en la propagación transatlántica del huidizo virus. Otras variantes –que salen del terreno de la ciencia pura, para entrar en el plano de la guerra fría– mencionan a los soldados cubanos establecidos en Angola como posibles contrabandistas del virus; los veteranos combatientes habrían contaminado a gráciles *pájaros* (maricas) cubanos que, tras la fuga masiva de 1980, transferirían el incómodo huésped a sus hermanos yankis. Muchas de esas versio-

nes son nítidamente míticas, sin datos técnicos o científicos que las sustenten.

Científicos americanos y franceses insisten en señalar al Africa como probable cuna del SIDA. Sobre la antigüedad de su aparición, las hipótesis divergen. El virólogo americano Andre Nahmias, de Atlanta, a partir del análisis de plasma sanguíneo recogido en Africa desde 1959, sostiene que habría habido, ya en aquella época, por lo menos un caso de SIDA. El profesor Peter Piot, de París, infiere de la diseminación del virus (en Zaire, Congo, República Centro-Africana, Ruanda, Zambia, Kenya, Uganda, Tanzania) que aunque la epidemia sea más antigua en Africa que en otros continentes no sería anterior a la década del '70. La explosión del número de víctimas tiene lugar entre 1979 y 1981, pero ya se registraban casos aislados de pacientes africanos en Europa en 1976 y 1977, bastante antes del brote americano.

El SIDA parece estar mucho más difundido en Africa (entre el 5 y el 10 por ciento de la población de los países afectados registra anticuerpos) que en Europa (donde los anticuerpos son registrados en menos del uno por ciento de las muestras). Pero, a diferencia de lo que sucede en Occidente –donde los principales "grupos de riesgo" son homosexuales y adeptos al "pico" (drogas inyectables)–, en Africa el SIDA

es una enfermedad heterosexual, que afecta a proporciones más o menos iguales de hombres y mujeres, con un 10 por ciento de niños.

Esa constatación contribuyó –aunque mediante crueles expedientes– para desmoronar el mito de que el SIDA sería una enfermedad homosexual, pero sirvió para crear otros. Un médico de Trinidad, por ejemplo, no excluye la hipótesis de que la raza negra sea más sensible al virus. Por añadidura, el 40 por ciento de los pacientes de SIDA norteamericanos son mulatos o negros –aunque las campañas de *Gay Health* (Salud Homosexual) sean generalmente encabezadas por blancos de clase media que confiesan dificultades para acceder a los "ghettos" raciales.

Ante tales insinuaciones, que tienden a atribuir a los negros una supuesta "culpa" por el SIDA , la reacción es inmediata: ¡Racismo! El mismo gobierno haitiano ha esgrimido ese argumento. Un estado africano prohibió toda información sobre el SIDA, por leer detrás de esa barahúnda una conspiración colonialista. En Bangui, capital de la paupérrima República Centro-Africana, se impidió que cineastas europeos filmasen panorámicas visiones de hospital. La enviada especial de *Le Nouvel Observateur* (9/1/87) interpreta: "La República Centro-Africana tiene vergüenza de la enfer-

medad, porque ésta revela costumbres que los occidentales reprueban".

¿Cuáles serían esas costumbres supuestamente reprobables? En primer lugar, la promiscuidad (incluso heterosexual). El desordenado crecimiento de las urbes africanas, posterior a la descolonización, habría incidido en un relajamiento general de las costumbres.

En ese contexto, donde la miseria se une con la lujuria –con exclusión, en cambio, de los homosexuales masculinos, rigurosamente clandestinos–, el uso del preservativo es considerado un insulto. Tampoco hay forma de convencer a las mujeres contaminadas de que dejen de tener hijos.

Entretanto, las convenciones higiénicas de las metrópolis desarrolladas no son fáciles de transplantar a un cuadro de extrema pobreza. Una de las causas de la propagación del SIDA residiría en la utilización de jeringas no esterilizadas, que a falta de condiciones sanitarias, son aplicadas a un sinnúmero de pacientes. Las poblaciones africanas padecen males mucho más "curables" y mueren por falta de alimentación y de recursos técnicos — los hospitales centro-africanos no disponen, siquiera, de placas para Rayos x— .

Continúa la guerra de los virus

El interés médico por la evolución del SIDA en Africa ha arrojado resultados promisorios, aunque polémicos. La hipótesis africana se consolida con el descubrimiento de nuevos virus, denominados —por continuar con la querella de las nomenclaturas— HTLV-IV (por los americanos) y LAV 2 (por los franceses).

Casi simultáneamente, en noviembre de 1986, los equipos francés y americano del SIDA anunciaban el hallazgo. Montagnier, del Instituto Pasteur, emite la noticia desde Lisboa, donde participaba de un seminario. Contó con la colaboración de la investigadora portuguesa (formada en Francia) María Odette Santos Ferreira, que tuvo la honra de fotografiar por primera vez el nuevo virus. Horas después, alertado por un supuesto espía, su rival el doctor Essex proclamaba en Boston un descubrimiento semejante.

El LAV 2 fue aislado a partir de dos pacientes masculinos en Guinea-Bissau (ex colonia portuguesa) y guardaría semejanzas genéticas con otro virus de origen animal que suele atacar al mono-verde africano.

El descubrimiento del HTLV-IV, en tanto, provino de un equipo de investigadores suecos que lo aislaron en pacientes africanos, entre quienes la presencia del virus no acarreaba

un desenlace fatal. Más tarde se lo aisló en tres prostitutas de Dakar (Senegal), ninguna de ellas enferma. Cierta similitud con el virus presente en el mono-verde, tiende a consolidar la hipótesis de un virus transmitido al hombre por aquél, acerca de la cual aún se carece de pruebas concluyentes.

Detrás del esfuerzo internacional de especialistas para acumular informaciones sobre el virus, sus combinaciones, sus orígenes, etc., hay también una danza de millones, de créditos, de contratos, de prestigio y de intereses. "La carrera de la cura del SIDA tiene cifras millonarias", advierte la revista *Veja* (20/11/85), bajo el título de "Saludable negocio". La discrepancia respecto del nombre del virus llegaría a los tribunales. Aunque el francés Montagnier haya sido el pionero en el anuncio del descubrimiento del método de clonar (hacer copias sintéticas en laboratorio) el virus del SIDA, la patente correspondiente fue concedida a su rival, el doctor Gallo; se calcula que el lucro obtenido por Gallo en virtud de ello oscilará en los próximos años en torno a los 200 millones de dólares. Naturalmente, esa masa monetaria se recicla en operaciones capitalistas de las más diversas. Anunciando cierto descubrimiento en el campo del SIDA, una empresa californiana de biotecnología

consiguió que la cotización de sus acciones subiese de inmediato.

¿Un virus creado en laboratorio?

La sospecha de que el SIDA haya resultado de experimentos de laboratorio, más o menos ligados a la guerra bacteriológica, acompañó toda la saga de la enfermedad como un estandarte legendario. Esa idea fue en muchos lugares la primera reacción de los gays: la izquierda homófila californiana agitó el fantasma de un supuesto complot destinado a eliminarlos.

Fuera de esos circuitos, el rumor comenzó a explayarse de una manera un tanto fabulosa. Las acusaciones partieron tanto de la derecha cuanto de la izquierda, en el congelado cuadro de la guerra fría. Ya en 1984, en un Seminario de Guerra Psicológica, en Pretoria, se denunciaba que "homosexuales partidarios de Fidel Castro luchan de ese modo en la guerra médica desencadenada por Cuba y la URSS".

Las sospechas que recaen sobre los científicos norteamericanos son un poco más serias. Como antecedentes se mencionan: la administración experimental de LSD a personas no informadas de lo que se trataba, en la década del '50; y una macabra experiencia realizada

con (o contra) 400 indigentes negros enfermos de sífilis, a los que se les suministró apenas placebos, a fin de estudiar los estadios de una patología que los antibióticos ya habían extinguido –algunos de esos enfermos sobrevivieron hasta 30 años, muriendo, al fin, de lúes–. En 1971 el senador Kennedy denunció radiaciones atómicas, aplicadas, con dudoso consentimiento, en un grupo de 111 cancerosos.

Respecto del SIDA, los rumores hablan de experiencias de guerra biológica realizadas entre 1971 y 1978 en el laboratorio secreto del Ejército Norteamericano en Fort Detrik, Maryland, destinadas a introducir en Cuba la fiebre porcina, cuyo proceso patológico guarda alguna similitud con el del SIDA.

Anticipados por revistas soviéticas e hindúes, los rumores ganan peso cuando en 1986 tres científicos de cierto renombre lanzan simultáneamente la noticia: el virus del SIDA habría sido fabricado en laboratorio, mezclando el virus Maed-Visna, encontrado en las ovejas, con el agente generador de la leucemia en los bovinos; por un accidente de manipulación, el virus artificial, inicialmente considerado inofensivo, se habría diseminado. Consecuentemente, esos científicos –Seak (Inglaterra), Streeker (USA) y Segal (Berlín Oriental)– descartan la hipótesis del mono-verde,

que ya lleva milenios en contacto con el hombre.

La teoría del laboratorio fue tildada de ridícula, y sus acusaciones desmentidas con indignación. Pero la polémica está abierta. Su desenlace trasciende los avances de la ciencia médica y tiene consecuencias directamente políticas.

Con todo, la posibilidad de que el SIDA haya surgido de un accidente de laboratorio –lo que obligaría a reflexionar sobre la legitimidad de ciertas experimentaciones de alto riesgo hechas en nombre del saber– no amilanó a los investigadores. Así, científicos franceses, en colaboración con médicos de Zaire, comenzaron, en diciembre de 1986, tests de vacunas y medicamentos experimentales contra el SIDA en cobayos humanos. Interrogado por la prensa, el inmunólogo Zagury, responsable del proyecto, se negó a revelar detalles, amparándose en el secreto científico. Pese al peligro que la inoculación implica para los voluntarios, tal vez valga la pena el riesgo: al descubridor de una vacuna eficaz contra el SIDA le está asegurado –se calcula– un mercado potencial de 100 millones de dólares.

El SIDA en el Brasil

La enfermedad llegó al Brasil en brazos de la moda. Si cupo a la dermatóloga Valeria Petri el mérito de detectar, a fines de 1982, los dos primeros casos brasileños de SIDA (jóvenes de 30 y 32 años, con sarcoma de Kaposi, que habían viajado a los Estados Unidos), fue con la muerte del modisto Markito que comenzó la espectacular resonancia de la plaga. Su agonía, detallada minuciosamente por los medios de comunicación, desencadena la primera ola de pavor local.

Al principio se creyó que la difusión de la enfermedad se restringía al circuito de los gays más acaudalados, adeptos a pasar frenéticas temporadas en los *States*; era –se ironizaba– una "enfermedad chic". La lúgubre moda no fue monopolio de los salones mundanos,

sino que ganó aceleradamente los consultorios médicos: "Las enfermedades, como todo, entran en la moda", admite el doctor Jean Claude Nahoum (entrevistado por la revista *Médico Moderno* en julio de 1985), para quien esa moda "no es necesariamente el aumento de la incidencia epidemiológica, y sí el aumento de la incidencia en la cabeza de los médicos". El SIDA no sería, según él, una nueva enfermedad, sino una "nueva sistematización de elementos preexistentes; en el caso del SIDA, esta construcción fue estudiada inicialmente en homosexuales, comenzó a ser buscada insistentemente en homosexuales y, naturalmente, fue encontrada en homosexuales. A partir de allí se estableció una relación inequívoca entre SIDA y homosexualidad".

Los homosexuales brasileños no podían permanecer insensibles a esa "relación inequívoca". En julio de 1983, el "Grupo Otra Cosa de Acción Homosexual", en combinación con la Secretaría de Salud de San Pablo, comienza a distribuir panfletos de advertencia en las esquinas del ghetto paulista. El volante instaba a los gays a seleccionar, "como vos siempre hacés", los *partenaires* sexuales, recomendando no entrar en pánico. En caso de sospecha, sugería dirigirse al primer servicio de atención de pacientes de SIDA que la Dirección de Dermatología Sanitaria, en parte

por presión de los activistas homosexuales, consintiera habilitar.

La irrupción del SIDA sorprende a los gays brasileños en una situación paradójica: la debilidad orgánica de los ya casi desestructurados grupos (sólo sobrevivía con ímpetu el grupo gay de Bahía) coexistía con una expansión publicitaria del espectáculo gay. El *destape* –versión tropical del *out of the closet* (literalmente, "fuera del ropero") de los gays americanos– no había favorecido a los portadores del nuevo modelo de homosexual asumido (aquel que mantiene una relación de igual a igual con otro homosexual, también asumido, sin que ninguno de ambos se amanere). Los travestis, que poco tenían que ver con el programa de igualdad sexual, aprovecharon la brecha para invadir masivamente las avenidas de las megalópolis. La sugestiva consagración del travesti Roberta Close como "modelo de mujer nacional" bien puede simbolizar cierta deglución capciosa de la homosexualidad que se insinuara, alrededor de 1984, por parte de los medios de comunicación. Con la aparición del mal, todo ese cuadro cambiaría: la sensual ambivalencia de Roberta Close sería sustituida por el brillo severo de Doña Risoleta, viuda de Tancredo Neves.

Hay, en la crisis del SIDA, todo un halo de restauración. ¡Se llegó demasiado lejos, se paga

ahora la culpa por los excesos lujuriosos! Un regreso a la pareja, una vuelta a la familia, la muerte definitiva del sexo anónimo e impersonal...

La muerte, en el verano de 1985, del dramaturgo Roberto Galizia –quien, aislado tras los vidrios de la enfermería, pasó sus últimos días casi ciego, dictándole poemas a la enfermera– señala el inicio de la segunda ola de pánico. Los rituales de la agonía serían, de ahora en más, reciclados insistentemente por la *media*.

La televisión desempeña un papel decisivo en el procedimiento, que llega a orillar lo obsceno, de espectacularización de la muerte: a escenas de dos muchachos gays tomados tiernamente de las manos, les sucede un paciente carcomido por el sarcoma de Kaposi; panorámicas del ghetto gay, seguidas de martirios de hospital. La imaginería de la medicina es terrorista. En las reuniones de información convocadas por el recientemente creado Grupo de Apoyo y Prevención del SIDA (GAPA), el público asistente —básicamente homosexual— era bombardeado con diapositivas de nalgas carcomidas y rostros desfigurados. Más tarde, en 1986, el pintor Darcy Penteado se retira a los gritos de "¡Terrorismo médico!" de una conferencia del entonces secretario municipal de Salud de San Pablo, donde era exhibido

en la pantalla un hombre deformado por el mal. La reacción de Darcy no es sólo emocional: según él, "el problema del SIDA no es la enfermedad en sí, sino la paranoia que los medios de comunicación están creando", y denunciaba que "esos medios están solapadamente atados a poderosos esquemas médico-farmacológicos multinacionales que pretenden ciertamente cobrar un precio altísimo por los costos del SIDA; la medicina deshonesta, aliada a grupos conservadores, extremistas y salvajes, pretende restaurar horrores encima de todo ese horror" (*ISTOE*, de enero de 1986).

No todos los portavoces de los llamados "grupos de riesgo" tenían, en un primer momento, las cosas tan claras. La reducción de la promiscuidad y de la penetración en los encuentros homoeróticos fue proclamada sin rodeos, aun al precio de la abstinencia: "Entre transar y vivir, mi opción es vivir", declaraba, en mayo de 1985, el portavoz del GAPA.

Mientras tanto, el SIDA iba abandonando el dorado reducto del *jet-set*; aclimatándose y nacionalizándose, adquiriría características netamente brasileñas en su propagación. No solamente desbordó con rapidez las barreras de clase (a fines de 1986, el 95 por ciento de los pacientes de SIDA provenían de las clases populares); también las del ghetto homosexual, a donde había sido confinado, se mostraron pau-

latinamente frágiles. Aunque los homosexuales contaminados constituyesen todavía una amplia mayoría, la proporción de hombres "bisexuales" infectados ha de sufrir un progresivo aumento.

Esa redistribución de los cocientes patológicos se vuelve preocupante cuando se toman en consideración las diferencias entre la heterogeneidad carnavalesca de las homosexualidades brasileñas y cierta uniformidad comportamental (y hasta residencial) implícita en el modelo gay americano, derivadas de historias disímiles.

En efecto, después de la dura represión del macartismo en la década del '50, el surgimiento explosivo del *Gay Liberation* –a partir de la confrontación entre gays y policías en el bar "Stonnewall", de Nueva York, en 1969– daría lugar a cierta "territorialización" de las poblaciones homosexuales norteamericanas, que con tanto frenesí habían salido de los roperos del ocultamiento. Hubo verdaderas migraciones hacia los grandes ghettos gays (barrios enteros habitados sólo por homosexuales) de Nueva York y California. La ciudad de San Francisco, epicentro de beatniks y hippies, se convertiría en la capital del mundo *gay*; mundo de círculos cerrados, donde un gay se relaciona sólo con otro gay (lo que puede explicar la limitada propagación de la enfermedad),

pero también verdaderos *laboratorios de experimentación sexual*, cuyas repercusiones en los campos vecinos habrían de producir interesantes combinaciones. Así, alrededor de 1978, no era infrecuente que los rutinarios cambios de parejas entre jóvenes californianos incluyesen, sin drama, algún *partenaire* homosexual. El nuevo modelo sexual americano subsumió esos versátiles amantes bajo la categoría de "bisexuales".

Ese paradigma de identidad sexual –que divide a los individuos, según su objeto amoroso, en "homosexuales", "heterosexuales" y "bisexuales", vigente en las alcobas americanas, sería casi literalmente transplantado al Brasil, donde la realidad sexual es mucho más compleja, en ocasión de la programación de la estrategia médica y paramédica del combate contra el SIDA. Tal modelo, que suele estar implícito, bajo formas a veces diluidas, en la "afirmación de la identidad homosexual" de algunos activistas gays locales, tiene el mérito de parecer simple y objetivo. Desgraciadamente, una parte considerable de las prácticas homosexuales más "populares" imperantes "al sur del Ecuador" corre el riesgo de caer fuera del esquema, desde el propio término "bisexual", inaudito en las barrocas nomenclaturas nativas (sólo en el circuito de la deriva homosexual del centro de San Pablo es-

tán en circulación más de cincuenta maneras de aludir a los géneros y estilos de los homosexuales, desde "loca-*baby*" hasta "vuelta y vuelta"). El "bisexual" sería, traducido a los códigos vigentes en el ghetto, una especie de tapado que huye de su familia heterosexual constituida, en pos de una aventura andrógina. La revista femenina *Nova*, preocupada por el tema, describe, en marzo de 1986, un "representante típico" de esa inquietante especie: "Everaldo, 39 años, ejecutivo de una compañía de seguros, tiene tres hijos y una esposa con quien lleva una vida sexual agradable aunque esporádica, nunca fue a un bar gay, no conoce a ningún hombre declaradamente gay, no se considera gay. Una vez por semana va a un cine porno cerca de su oficina. Allí hace sexo casual con otros hombres, sin llegar a quedarse allí más de media hora" ("sexo rápido y furioso", condensa el mensuario sentimental).

El desfasaje entre las prevenciones sexuales promovidas y las prácticas homosexuales concretas no es retórico. Así, en Campinas, el equipo médico del SIDA sentía, en el terreno, esa inadecuación: "Lo que usted recomienda no tiene nada que ver con el sexo que yo hago", se quejaban los homosexuales suburbanos en el dispensario.

En el caso del Brasil, los consejos preventivos dirigidos a los homosexuales se integran,

al principio, en una estrategia progresista –que apuntaría a salvaguardar, aun al precio del autocontrol, algunos tenues derechos humanos conquistados por las minorías eróticas. Mientras el "progresismo" médico aboga por cierta reforma de las prácticas corporales, disminuyendo así las probabilidades matemáticas de transmisión del virus, otros sectores, menos comprensivos, propugnan métodos más rispidos (del tipo "acabar con el enfermo para acabar con la enfermedad").

El clamor por un mayor rigor transita a veces enunciados divinos. Los creyentes de la *Asamblea de Dios* asperjan el exorcismo en los ghettos paulistas, donde distribuyen fulminantes anatemas invocando la salvación. En los folletos, retumban las resonancias de los regimientos de la Inquisición, que condenaban a los sodomitas a la hoguera. La sodomía era también llamada –con razón– "vicio de los clérigos"; parece claro que todo lo que toque ese delicado punto provocará la inquietud de las Iglesias (exacerbada por la propagación del SIDA entre sus sacerdotes).

Muchas de las contribuciones religiosas sobre la moderna plaga giran en torno del pecado y del castigo divino. Los *Testigos de Jehová* pregonan que "la inmoralidad –una enfermedad del espíritu– ha recogido un abundante tributo de epidemias físicas", tal cual lo ha-

bía profetizado Jesús, y predicen que en el Reino de los Cielos "se terminará con la epidemia de la inmoralidad". La *Iglesia Universal* pone en acción un Dios belicoso: "El SIDA es una bofetada de Dios en la cara de los homosexuales". Para los bautistas se trata de una "interferencia misericordiosa" del Creador: "¿No será esto un aviso contra esa abominación (la homosexualidad) que emana del Dios Altísimo? (...)".

Los agentes católicos son menos ruidosos. El arzobispo de Río de Janeiro, después de denunciar que "la homosexualidad, enfermedad o desvío voluntario, busca reinvindicar fueros de normalidad", ve en la plaga un lado positivo: "Los flagelos sociales sirven de instrumento para despertar la conciencia, censurar la inmoralidad reinante, hacer retornar al hombre a los caminos de Dios". Más equilibrado, el obispo auxiliar de Salvador, no por rechazar la tesis de la "ira divina", deja de ver algo positivo en la crisis del SIDA: "El virus del SIDA puede inclusive provocar una reacción positiva con relación al comportamiento sexual de las comunidades: obligar a las personas a revisar su propia sexualidad y su *modus vivendi*". A su vez, el arzobispo de San Pablo anunció la apertura de un hospital para los enfermos de SIDA.

Aun sin preocuparse por el vaivén de la vo-

luntad divina, los enunciados médicos, emitidos en nombre de la ciencia, no son más tranquilizadores. Hasta hubo algunos que se rehusaron, por miedo al contagio, a hacer la autopsia de una víctima de SIDA. La paranoia se extiende a los farmacéuticos: uno de ellos se niega a aplicar inyecciones en gays porque, si llega a contaminarse, "allá en casa nadie querría saber de la historia; todo el mundo creería que yo me di vuelta".

Antes de que el carácter virósico del SIDA se hiciese conocido, algunos doctores achacaban con generosidad las culpas a los reos. Un médico bahiano atribuía el SIDA al "consumo exagerado de hormonas femeninas, práctica habitual entre los gays". Un colega paulista completaba: "El SIDA tiene preferencia por el sexo masculino". Hacia 1984, otro profesor bahiano, ante la gran cantidad de homosexuales entre las víctimas de SIDA, deducía "una predisposición que sólo los invertidos poseen o adquieren en sus desvíos".

Bajo la multiplicidad de enunciados disparatados, imprecisos y contradictorios, se delineaba el blanco de la campaña: los homosexuales y, más específicamente, la promiscuidad homosexual, el "sexo anónimo". Ese tipo de práctica –en la cual dos o más sujetos se miran, o tan sólo se rozan, y luego, a veces sin cambiar palabra, se entrelazan en el frenesí

de los cuerpos–, frecuente en las redes homosexuales, deriva, en parte, de las condiciones históricas de segregación y clandestinidad tradicionalmente impuestas a esas uniones: en las correrías de la persecución, no hay tiempo que perder en cortejos floridos. Pero esa exuberancia sensual de los modernos gays encaja también en la secreta tradición de la orgía, que socava la historia oficial, de la cual constituiría su trama subterránea.

Las alternancias de ese deseo maldito son legibles en los sótanos de la historia del Brasil. El velo del estigma cubría, a veces, pasiones que discretamente se consumaban a su sombra.

Hubo, en el ímpetu de los '70 y al compás de la "apertura", cierto crecimiento de ese inestable umbral de permisividad para con los comportamientos abiertamente homosexuales. La tenue liberalización recorrió varias vías: la difusión de la influencia de los grupos gays y sus portavoces; el propio destape de las poblaciones homosexuales, que disputan y copan espacios en ciertas áreas de las grandes ciudades; concomitantemente, la proliferación de establecimientos comerciales, tipo discotecas, bares, saunas, etc., que al consolidar un micromercado de consumidores gays, contribuían a ahondar las diferencias de clase que la antigua penumbra difuminaba.

En San Pablo, la irrupción del SIDA radicaliza, en el plano espacial, el progresivo vaciamiento del ghetto gay del centro de la ciudad. Esa alteración en la densidad territorial atrae el interés de la policía, que aprovecha la merma de la circulación para ocupar áreas históricamente ganadas por las locas. En un determinado momento, el giro fervoroso de gays, maricas, chongos, travestis y todo tipo de "entendidos" parece cesar (mientras tanto, locales más secretos, como baños de cines, se reactivaban; como si ante la amenaza moralista los afectados optasen por el retorno a la clandestinidad).

Los saunas son precisamente el punto de discusión más ardiente de la delicada cuestión del SIDA. Estos tuvieron, paradójicamente, un origen higiénico —y algunos de ellos funcionan todavía de acuerdo al modelo terapéutico—. En los más modernos saunas gays, en una verdadera perversión de la función higiénica, el del sexo desplaza cualquier otro calor: se trata de locales orgiásticos, con salas especialmente oscurecidas para la confusión de los cuerpos sudorosos. En la medida en que los atletas sexuales tienen allí condiciones para batir todos los récords, se supone que, desde el punto de vista de la probabilidad de propagar el SIDA, el sauna es un lugar peligroso.

La proliferación de saunas y burdeles masculinos en San Pablo parecía, cuando la irrupción del SIDA, incontrolable. Los locales se inauguraban con instalaciones rudimentarias, en barrios apartados. Sus frecuentadores eran muchachos de barrio, que acostumbraban hacer un uso tanto salubre cuanto lúbrico de las cálidas brumas. Tímidamente, equivalentes heterosexuales de esos recintos vaporosos, hasta entonces dominados por empresas de prostitución femenina, se liberalizaban; en cierto barrio distinguido, era permitido el ingreso indistinto de damas y caballeros solitarios.

El SIDA vino a interferir en ese proceso –todavía incipiente– de relajo de las costumbres. Si el blanco preferencial de la campaña son los homosexuales masculinos, la ofensiva moralista apunta también contra cierto género de *mujer liberada*. Nuevamente, la revista *Nova* nos ofrece un perturbador retrato de ese tipo de mujer: Sheila, 30 años, "acostumbraba acostarse con hombres diferentes cuando se le daba la gana". Ella no se muestra ni un poco asustada por el SIDA, lo cual deja preocupadas a las cronistas; éstas prorrumpen en proyecciones paranoicas sobre el eventual desarrollo heterosexual del mal.

El interés que el *show* de subinformación satisfacía en las masas tenía algo de delectación

morbosa. Crudas descripciones de las vicisitudes del coito anal, de la profundidad de la penetración, del ímpetu de la fellatio y de la letalidad del beso ganaron las salas familiares, completadas con informes sobre los promiscuos y sus diabólicas *performances*. Un verdadero cocktail de sexo y muerte, casi al borde de lo porno, pero sin asumirlo. Pero cuando un filme abiertamente pornográfico —*Yo tengo* SIDA, de Davi Cardoso— intenta explotar el filón, sufre amenazas de boicot, para acabar lánguidamente ante butacas abandonadas por sus frecuentadores, más ávidos de filmes que sirviesen de fondo a sus jadeos. Parece inherente a la campaña del SIDA que la vivencia homosexual sea verdaderamente visualizada.

La estridente campaña del SIDA ha tenido en el Brasil algunas consecuencias lamentables. Uno de los episodios más chocantes fue la expulsión, en junio de 1985, de veinticuatro buscadores de oro del yacimiento de Sierra Pelada, acusados de desfilar travestidos entre las vetas. Los desterrados, desnudos (a algunos se les arrancaron vellos, cejas y pestañas), fueron encerrados en dos camiones con la faja "Transporte Gay" y abandonados en la ruta transamazónica. El incidente ocurrió nueve días después de una conferencia médica sobre el SIDA. La Policía Federal comandó la operación.

Tal vez tanta insistencia en la prevención, ante la ausencia de tratamientos eficaces, incite a algunos hombres armados a acciones más enérgicas. Las truculentas razzias contra los gays paulistas pueden dar una idea de la peligrosa mezcla entre enunciados médicos e interpretaciones policiales. También la sucesión de ametrallamientos contra travestis a lo largo de 1986, atribuidos por la misma policía a supuestos enfermos de SIDA deseosos de venganza, pero destinados en verdad a expulsarlos de las calles mediante métodos más directos que el simple miedo a la enfermedad, se inscribe en el recrudecimiento de la violencia contra los disidentes eróticos al amparo del fantasma del SIDA.

Preocupados por el avance de la enfermedad, y no satisfechos con la amplia colaboración de los grupos gays organizados, sectores médicos llegan a proponer cambios en la legislación.

Es probable que esas "nuevas legislaciones especiales" guarden menos relación con un temor fundado a una escalada heterosexual del mal, y tengan más que ver con cierta tendencia a transformar la *prevención* en *represión*.

Tal vez no se trate tanto de una represión generalizada (inferencia optimista que se apoya en cierta tradición estratégica del poder policial en el Brasil, dirigida antes a una redistri-

bución y control de las zonas y sus cortes marginales que a una extirpación radical de los perversos), como de un control más estricto de los sospechosos y sus prácticas. El patrullaje de la Policía Militar por los ghettos de Brasilia a la caza de reclutas sensibles a los encantos homoeróticos indica cómo, bajo la disculpa del SIDA, las libertades cotidianas, los derechos de ir y venir son cercenados.

Si las medidas de prevención del SIDA evolucionasen de la internación de los casos ya declarados al aislamiento de los sospechosos, la sombra de algún nuevo pogrom (similar a las persecuciones antisemitas en la Europa Central) sería lúgubremente vislumbrada. Perspectivas igualmente desalentadoras se infieren de una eventual generalización del test a toda la población: la composición sanguínea de un sujeto podrá, en una utopía pesimista, volverse un criterio inapelable para determinar la inclusión o la exclusión de quienquiera de los círculos sociales.

Homosexualidad y poder médico

Las relaciones entre homosexualidad y medicina son promiscuas. La homosexualidad guarda una especie de duda fundante con la medicina, que tuvo el mérito de inventar y organizar sus modos de nominación e implantación, de definir sus territorios. El término "homosexualidad" fue acuñado en 1869 por Benkert, médico húngaro, en sustitución del más poético "uranismo"; estas denominaciones cubrían, a su vez, el antiguo dominio teológico de la sodomía.

El cambio de nombres forma parte de una operación que no es sólo retórica. Siguiendo la obra de Michel Foucault (paradójicamente, víctima del SIDA) puede situarse, ya a partir del siglo XVIII, un desplazamiento progresivo desde la problemática de la *carne* (que respondía a

la jerarquía celestial de los pecados) hacia la axiomática de la *sexualidad*, que va a hacer proliferar una vasta tipología de especies perversas donde antes reinaba la amenaza, menos diferenciada, de las llamas infernales.

Algunas "especies" fueron más afortunadas que otras. De los "presbiófilos" y de las "dispareunistas" pocos se acuerdan hoy. La homosexualidad –aun bajo el eufemismo de "el amor que no puede decir su nombre"– mantuvo, sin embargo, un sólido prestigio. No es que se la dejase de considerar, en principio, una enfermedad; no obstante, su apropiación ha sido objeto de acaloradas disputas entre las distintas ramas del saber y del poder: ¿deficiencia bio-hormonal o trastorno psicosexual? ¿Convaleciente o contraventor? Las distinciones entre los rótulos no son excluyentes: los dispositivos que se instrumentan pueden operar simultáneamente sobre los cuerpos en cuestión.

La proliferación de saberes y poderes sobre el sexo acarrearía incluso el crecimiento de las perversiones, no precisamente como un desliz indeseado. Ese poder no anula el placer; por el contrario, gracias al aislamiento, a la intensificación y a la consolidación de las sexualidades periféricas –que antes no conformaban sino una vasta masa amorfa–, "las relaciones del poder con el sexo y el placer se ra-

mifican, se multiplican, miden el cuerpo y penetran en las conductas". De la interferencia de poder, saber y placer va a emerger, entonces, una nueva codificación del sexo: la *scientia sexualis*.

¿Cómo el ojo del poder penetra en las mucosas, en los esfínteres, en las ondas de los espasmos, en las iridiscencias del gozo? En primer lugar, a través de versiones más o menos modernizadas de la antigua confesión: se trata de contar todo sobre el sexo. Cuando esa información privilegia el deseo, el sueño, la fantasía, es el turno del psicoanalista. Pero el ritual de la confesión sexual no abandona, por eso, la asepsia de los recintos hospitalarios; está, antes bien, presente en buena parte de las consultas normales, crece en intensidad cuando molestias venéreas entran en la sala y se despojan de todo pudor ante la más leve sospecha de SIDA.

Más allá de la confesión, el arsenal médico dispone de recursos menos subjetivos, de tecnologías cada vez más sofisticadas. La relación entre el médico y el paciente se despersonaliza, se vuelve anónima. En compensación, la relación entre la enfermedad y la institución médica, pasando por encima del deseo o del entendimiento de aquel que sufre, se intensifica, amarrada por hilos profundísimos e instrumentales complicados.

La mirada médica no se limita a intervenir en lo orgánico, sino que se extiende al régimen de vida del sujeto atendido. Un ejemplo que nada tiene que ver con el SIDA: la implantación de un programa materno-infantil, que, en contrapartida con atenciones y prestaciones materiales gratuitas (leche, vacuna, etc.), exige que el beneficiario se someta a la orientación directa de la institución en lo que hace a las normas de higiene, disciplina, dietas, habitación, en fin, un verdadero papel disciplinador, que ejerce asimismo una acción clasista, al imponer a los socorridos las normas médicas de la clase media –en detrimento de sus propios hábitos, considerados insalubres–.

No resulta sorprendente, entonces, que en el caso del SIDA, en la medida en que el virus se transmite por vía sexual, los consejos médicos vehiculicen un disciplinamiento de las prácticas sexuales, especialmente de las homosexuales. No sería tampoco asombroso que si el énfasis profiláctico llegase a extrapolar el simple consejo, y recurriese a la fuerza para tornarlo, en nombre del bien público, obligatorio. Si medidas coercitivas fueron aplicadas a madres renuentes a participar en cursos de pre-parto, cabe imaginar hasta dónde podrá llegar el afán higiénico en el caso de los pacientes del SIDA.

Además de aplicar un conjunto complejo de mecanismos comunes a la masa de las enfermedades, del episodio del SIDA el poder médico puede estar extrayendo una especie de plusvalía moral. Y eso remite, nuevamente, a la duradera relación entre medicina y homosexualidad.

Si la primera ola de liberación homosexual fue ahogada en sangre y gases por el nazismo, la segunda impulsó transformaciones en las normas jurídicas y forenses de algunos países del Primer Mundo. La exclusión de la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales por parte de la Asociación de Psicólogos Americanos, en 1974, puede ser considerada un episodio simbólico en el proceso de salida de la clandestinidad de las homosexualidades contemporáneas.

El precio de esa salida de las sombras fue alto. Antes el homosexual había sido transformado en una *especie*, dotado de una *personalidad* que giraba completamente en torno de su recién descubierta sexualidad. En cambio, su antecesor –el *sodomita*– no pasaba de alguien que practicaba el coito anal, sin que ninguna constitución de "personalidad" se infiriese de su "pecado nefando".

A medida que iba siendo "tolerada", la homosexualidad sería "modelada". Una vez que ella, tan maldita, accedía al zaguán de los go-

ces tolerados, es como si tuviese que mostrarse capaz de integrarse disciplinadamente en las grillas de la *normalidad ampliada*. Eso implica, por un lado, la ruptura con la masa de las marginales con las cuales, en los tenebrosos corredores de los bajos fondos, se entremezclara alegremente. Por otro lado, esa escisión también va a darse con respecto a otros géneros más "clásicos" (maricas, travestis y todo el folklore "activo/pasivo"). Ruptura con las "homosexualidades populares"; instalación en ghettos dorados de gays plásticos y bien educados; tal el precio de la luz.

No puede decirse, sin embargo, que el resultado del *gay liberation* fuera precisamente casto. Por el contrario, el ghetto residencial a la moda americana se caracterizó por una promiscuidad desenfrenada. Esta era tan explícita que los científicos sociales la legitimaron; así, en una investigación en San Francisco en 1970, los sociólogos Bell y Weinberg consideraban como prototipo "funcional" de gay a aquel que llevaba a cabo una intensa práctica sexual, con una gran cantidad de *partenaires* y, asumido, no tropezaba con sentimientos de culpa que perturbasen su *performance*. Pese a ello, los investigadores preferían situar en la pareja homosexual, más prolongada y sedentaria, el paradigma de armonía y adaptación integradora al orden social.

La homogeneización derivada del modelo gay llegó bastante lejos en algunas metrópolis del Primer Mundo. Con todo, la intensificación de la experiencia sexual que la acompañaba no dejaba de provocar densas zozobras en los círculos sociales. Un sociólogo progresista, Castels, ve en la desbordante perversidad de los gays el principal obstáculo para la concreción de una alianza sólida con otros grupos minoritarios, que habría de depararles un mayor poder político en la ciudad de San Francisco, donde constituyen una fuerza considerable. La homosexualidad era tomada como *modo de vida* y no en tanto práctica sexual.

Por otro lado, cabe reconocer que la transformación contemporánea de las prácticas y discursos sexuales no se limitó a las homosexualidades; por el contrario, ella forma parte del vasto proceso de la revolución sexual. La moralización desencadenada en torno de la enfermedad debe ser entendida como una consecuencia a posteriori de la revolución sexual, integrada a su reflujo. Síntomas del "retorno a la pareja" son, en verdad, anteriores a la emergencia del SIDA. Feministas arrepentidas, como Betty Frydan, venían postulando el "regreso al hogar", con el argumento de que la autonomización de las mujeres había provocado, al fin de cuentas, miseria y soledad.

Es que la llamada "revolución sexual" aca-

baría impulsando cierta inflación del cuerpo –legible no solamente en el *shock* del *show* de las *mass medias*, sino también en la expansión de una potente industria de la gimnasia y otras técnicas corporales. Así, a despecho de los ideólogos radicales de la liberación sexual —que abogaban un cuestionamiento global de los valores de la sociedad—, la paulatina banalización del sexo permisivo acabaría generando un difuso tedio. El sexo perdía la emoción, el riesgo alucinante de la transgresión y la pasión. En los Estados Unidos había grupos predicando la abstinencia ("la nueva castidad") como reacción ante esa licenciosidad programada: simultáneamente, se sucedían búsquedas sofisticadas de nuevas sensaciones, de usos singulares del sexo (recursos sadomasoquistas, autoeróticos, etcétera).

Sólo a partir de ese "reflujo" de la revolución sexual es posible un dispositivo como el SIDA —no la enfermedad en sí, sino la moralización desencadenada en torno a ella—. A los efectos de disciplinar el cuerpo, es menester confesar ciertas intimidades escabrosas, como penetraciones, eyaculaciones dentro o fuera del año, espermas que salpican. Si la moral pública no permitiese hablar de cosas así, el SIDA sería –como lo fue la sífilis– una "enfermedad secreta" –y fluiría acaso de la aureola heroica de la aventura clandestina–. En

cambio, una campaña como la del SIDA exige como prerrequisito que todo lo que se refiere a la corporalidad pueda ser dicho, mostrado, exhibido, asumido; sobre esa base es que resulta posible diagnosticar y reglamentar. Antes los anormales estaban afuera: afuera de la familia y afuera del consultorio. Ahora ya pueden entrar, sacar número y recibir el consuelo de un consejo.

Una vez que la medicina deja de considerar a la homosexualidad como una enfermedad, se aboca, entonces, a curarla, o, mejor dicho, a administrarla. Tanto la reducción del número de *partenaires* cuanto el abandono de libidinosidades extraviadas tenderían a impulsar (por lo menos es lo que parece), más que la represión de los encuentros homoeróticos en bloque, su puesta bajo control médico-institucional, en el sentido de una "medicalización" del sexo.

¿Cómo no leer cierta sensualidad en esa fijación del mirar médico a los avatares del placer? Dice Foucault: "El poder que, así, toma a su cargo la sexualidad se impone el deber de rozar los cuerpos; los acaricia con la mirada, intensifica sus regiones; electriza superficies; dramatiza momentos turbados. Abraza con fuerza el cuerpo sexual". Con el SIDA, el abrazo médico va a posar en los esfínteres su punto de apoyo.

La "analidad" entra en juego. ¡Los ojos de la ciencia vueltos al ano! La máquina médica explora las mucosas, los puntos de roce y de fricción, las heridas microscópicas que atestiguan una potencia sin control. La operación trasciende el blanco sigilo de los hospitales y se vuelve espectáculo. Punto límite del dispositivo: transformar lo antes proscripto en espectáculo, un gran *show*. Sin embargo, en esa traducción de las intensidades del deseo a los esquemas normativos del discurso médico, algunas cosas se deben perder. Lo que antes era gozo, en la populosa intimidad de la orgía, es luego proyectado en los *slides* como bandera de peligro.

Se puede preguntar si las dudas aún imperantes respecto de la eficacia real de los preservativos y espermicidas no tienden a proteger, como tributo a la moral convencional, algún umbral de restricción. Sea como fuere, la introducción de una fina película de látex entre los lascivos órganos puede tal vez adquirir, más allá de lo terapéutico, algún valor simbólico —a la manera de una inscripción que marcase, en el remolino de los flujos, la presencia transparente de la ley–.

El dispositivo del SIDA no parece dirigirse (al menos desde la óptica progresista) tanto a la extirpación de los actos homosexuales, como a la redistribución y control de los cuerpos

perversos, que apunta a hacer del homosexual una figura aséptica y estatutaria, especie de estatua perversa en el parque nacional. Resulta interesante preguntarse: ¿por qué justamente el homosexual constituye el blanco de esa programática?

Si los homosexuales son, en algún sentido, "criaturas" médicas, ¿no podría el episodio del SIDA servir para reintegrar a los díscolos al rebaño? Más acá de esa especulación, se sugiere que el "modo de vida gay" podría constituir una experimentación de vanguardia en la creación de modelos cada vez más individualistas de subjetivación. Esto es, ciertas características de la vivencia gay –soledad, desarraigo, desgajamiento de las redes familiares, etc.– se transformarían en funcionales o pasarían a ser imitadas por sectores de la población no necesariamente homosexuales. Si así fuera, sería entonces preciso "desinfectar" al homosexual para que encarnase, sin peligros ni fugas, ese "estilo de vida" disociado de la práctica de la promiscuidad socialmente indeseable. ¿Una "desexualización" de la homosexualidad?

Corazones solitarios

La programática del SIDA indica un desplaza-

miento en el propio plano de las uniones corporales. El cambio de hábitos sexuales propalado implica un corrimiento de eje en el seno de la relación homosexual masculina, que dejaría de estar centrada en el esfínter (o sea, en la penetración anal) y pasaría a centrarse en la masturbación, en el mejor de los casos mutua.

Esa transformación es ahora justificada por una razón sanitaria de peso. No obstante, en la propia imposición del *modelo gay* se advertían señales de ese deslizamiento en el eje de la intensidad gozosa. A fines de la década del '70, investigadores especializados observaban que entre los homosexuales norteamericanos, actos como frotaciones, fellatios y masturbaciones mutuas tendían a predominar sobre la penetración. Sin embargo, esta práctica mantenía entre los homosexuales puertorriqueños y de clase más baja todo su profundo prestigio.

Es revelador que la programática del SIDA se aproxime a ese modelo "anglosajón" de homosexualidad, postulando una reeducación de las formas más "latinas" y supuestamente "atrasadas". La convicción con que esa operación se lleva a cabo estalla cuando se atribuye predominantemente a la "desinformación" la demora de una parte considerable de las poblaciones afectadas en cambiar sus maneras

tradicionales de relacionarse. Es harto probable que haya una dosis real de desconocimiento; sin embargo, esa reticencia en adoptar las prácticas "sanas" puede manifestar también cierto grado de "resistencia deseante", que tiene que ver con la historia de los goces corporales.

Volviendo a la masturbación, resulta curioso que ahora sea recomendada como alternativa, cuando algunas décadas atrás se la consideraba la fuente de una diversidad de daños y desvíos psicosomáticos. A la luz de esa promoción, en los Estados Unidos se desarrolla una práctica innovadora: el *sexo telefónico* —el cliente se comunica con una agencia especializada y escoge una voz (afeminada o gruesa, delicada o grosera) para graduar, conforme al tono, la manipulación de los espasmos—.

Así, a medida que se refina, la perversión parece tornarse más solitaria y distante. Tal vez, ese "sexo auricular" esté indicando una probable culminación de las políticas de identidad sexual: el sexo va dejando de ser una relación entre los cuerpos, para convertirse en una relación de cada uno con su propio cuerpo. Encerrados en sus mónadas individualistas, apenas corresponderá a cada uno escoger, en el mercado de artificios, la propia fantasía.

Con todo, sectores de la Iglesia no consiguieron todavía deglutir esa legitimación autoeró-

tica: en ocasión del planeamiento de la última campaña del SIDA, rescataron de la Biblia los versículos que condenan el onanismo.

La "medicalización" de la vida

Sin necesidad de rodearse de acordes bíblicos, la medicina es la gran protagonista de la crisis del SIDA. Con el episodio del SIDA se estaría dando una expansión sin precedentes de la influencia y del poder médicos, gracias a la caja de resonancia de los medios de comunicación. Ese discurso sonorizado y repetido consigue complacer a las masas, que en la obsesión por la salud se desesperan procurando delegar sus fantasmas cotidianos. Como parte de un programa global de *"medicalización" de la vida* –que, en última instancia, sería en sí misma una "enfermedad"– la medicina confisca y se apropia de la muerte, proveyendo respuestas tecnocráticas a miedos ancestrales y vendiendo sutilmente cierta ilusión de inmortalidad. La institución médica se coloca, así, en situación de legitimar su jurisdicción moral, ello es, la potestad de establecer, en nombre de la salud, las reglas de la existencia.

Ya se sienten en lo cotidiano las consecuencias de esa paulatina medicalización. Ciertos

rituales decisivos de la vida son transferidos del espacio doméstico al confinamiento hospitalario. Nacemos, parimos, adolecemos y morimos en los modernos templos sanitarios, bajo una mirada de ojos clínicos que vigilan, recelosos, nuestros procesos vitales.

No hay ya una relación personal con la muerte. Las antiguas ceremonias de moribundos que se despedían en el lecho, rodeados por una asamblea de parientes y amigos, se extinguieron. Morir se volvió un mero fenómeno técnico, marcado por la interrupción de la asistencia en un momento determinado por el equipo hospitalario. Habrá los "buenos enfermos", que siguen hasta el final las órdenes de las experimentaciones clínicas, y los "malos enfermos", que las resisten. Entre las víctimas del SIDA, Rock Hudson sería, por ejemplo, un "buen enfermo" (rodeado de una multitud de asistentes, respetó fielmente todos los consejos); en cuanto al modisto Markito, sería un "mal enfermo", por haberse escapado del tratamiento cuando sintió que ya no quedaba nada por hacer.

Lo peor es que llegada la hora se vuelve difícil contener la máquina médica que multiplica intervenciones y experimentos, tornando la muerte más penosa y la agonía más cruel. Todavía está fresco el triste calvario del presidente Tancredo Neves, traspasado y sujeto a

una parafernalia de aparatos. Lo terrible es que ese macabro final puede ser el de todos nosotros.

Aun cuando esas intervenciones espectaculares puedan contribuir al progreso del conocimiento, no parecen salvar tantas vidas como se propala. Buena parte de la disminución de los índices de mortalidad en Occidente se debería más que a los avances de la ciencia médica, a las mejoras generales de las condiciones sanitarias, alimentarias, habitacionales, etc. No basta que la vacuna contra determinada patología sea descubierta si el ambiente vital continúa siendo mórbido. Más grave todavía es la mortalidad producida por la polución y el trabajo insalubre. Aunque hablen habitualmente en nombre de la vida, en el actual sistema socioeconómico los médicos pueden convertirse en administradores de la muerte capitalista.

En las políticas de combate al SIDA, el discurso médico parece considerar los órganos y cuerpos como cosas perfectamente regulables. No obstante, enfrenta una resistencia insalvable: el deseo. No le es dado a la medicina lidiar con el deseo, pues éste escapa a las prescripciones siguiendo un impulso que no es racional ni formalizable. En cambio, las normas higiénicas no parten de lo que es placen-

tero y agradable, sino de la frialdad del análisis técnico.

Al no poder reglamentar los avatares del deseo, la medicina lo excluye, él queda afuera del campo de lo "real", dando por supuesto que las trayectorias existenciales puedan ser regidas según convenciones profilácticas, en detrimento del flujo de las pasiones, de las excitaciones, de las intensidades.

La aversión médica por el deseo se extiende a las drogas: éstas sólo son suministradas al paciente siempre y cuando el médico no sospeche que aquél pueda encontrar en su uso algún goce. Se ha sugerido, por añadidura, la distribución gratuita de jeringas entre los usuarios de drogas inyectables para atenuar la transmisión sanguínea del SIDA. Aunque sensata, esa medida significaría tal vez abrir excesivamente las compuertas de ciertos "viajes" estigmatizados, "enfermizos", incontrolables.

El orden de la muerte en el desorden de los cuerpos

Además de su valor terapéutico, las recomendaciones distribuidas con respecto al SIDA —que dividen los encuentros sexuales en aconsejables o desaconsejables según sea su grado de riesgo— parecen hablar de cierto *régimen de cuerpos*. Examinando más de cerca la naturaleza de esos consejos, se percibe que ellos pregonan determinada *organización del organismo*, toda una jerarquía funcional de los órganos: la boca para comer, el culo para cagar, el pene para la vagina, etc. Los usos alternativos del cuerpo suelen ser considerados prescindibles; sobre todo el coito anal (recuérdese la consigna de los gays paulistas en su apogeo contestatario: "El coito anal derriba al capital") está en el blanco de las operaciones médico-periodísticas desencadenadas a partir del

SIDA. Algunos comentaristas, aunque reconozcan que la desmesura del sensacionalismo esconde males mucho más serios (como la epidemia de Alzheimer), consideran al SIDA una enfermedad "en gran parte, evitable". Presunción que reposa en una creencia ampliamente difundida: el coito anal –que no produce ni reproduce nada– sería, contrariamente al vaginal, innecesario; desvío o aberración, no le cabrían las virtudes de la "naturalidad", sino tan sólo los infortunios del vicio.

La sodomía constituye un fuerte foco de prohibiciones en el judeo-cristianismo. Ciertamente, los argumentos han cambiado: si para la Inquisición se trataba de evitar el derrame gratuito del esperma no destinado a la procreación, en beneficio directo de Dios y sus testaferros terrenales, la contención contemporánea de la sodomía apela a las recetas del saber médico para manifestarse, bajo la forma de una prescripción destinada a prolongar las posibilidades de supervivencia de los pacientes a su cargo (prácticamente toda la población).

Sade y la sodomía

En la obra del marqués de Sade el uso sexual del ano viene cargado de connotaciones subversivas: ritualizada en el discurso que ritma

las aberraciones orgiásticas, la sodomía era honrada como la exaltación de la contra natura, desafiando –como los besos en el culo del Diablo– una divinidad sexófoba cuya muerte, junto con la del Rey, era proclamada. Pero los encantos de la sodomía no se agotan en la simbología deicida. Ya Dolmancé, el héroe de *La filosofía en el tocador*, privilegiaba la lascivia de esos gozos:

"El bujarrón, después de haberse divertido por instantes en la contemplación del bello culo que le es presentado, después de haberle dado unas palmadas y unos toques, y después inclusive de azotarlo, pellizcarlo y morderlo muchas veces, humedece con la boca el agujero querido que ha de perforar, preparando con la punta de la lengua la introducción; moja también su instrumento con una escupida o pomada y lo mete suavemente en el agujero que va a perforar; lo guía con una de las manos y con la otra abre las nalgas de su gozo; en cuanto sienta que el miembro penetra, deberá impelirlo con ardor, si obra con cautela no ha de perder terreno; muchas veces la mujer, si joven y doncella, puede sufrir con eso; pero, sin importarse con dolores que en breve se transformarán en placer, deberá el fornicador impelir con fuerza el pene, graduando su impulso, hasta conseguir llegar al fin, es decir, hasta que los pelos del instrumento rocen

exactamente los bordes del ano del objeto que ensartando está. Prosiga ahora su camino con rapidez, pues las espinas están del todo recogidas; lo que restan son rosas. Para acabar de metamorfosear en placer los restos de dolor que aún sienta el objeto, agárrele la verga y mastúrbelo si se tratase de un muchacho; hágale cosquillas en el clítoris, si de una niña se trata; las titilaciones de placer que hará nacer, haciendo encoger prodigiosamente el ano del paciente, doblarán los placeres del agente que colmado de satisfacción y voluptuosidad en breve lanzará al fondo del culo de sus gozos un tan abundante como espeso esperma, determinado por tantos pormenores lascivos."

El libertino sadeano da preferencia a los muchachos y a las voluptuosidades de la pasividad, que desencadenarían cierto "devenir mujer", pues "...es tan delicioso fingirse puta, entregarnos a un hombre como si fuésemos mujeres, llamar a ese hombre amante, confesarnos sus amantes".

Más allá de esas predilecciones, parece que la supuesta evitabilidad de la "analidad" sólo puede plantearse desde un ángulo "funcional", puramente biológico y normativo. La práctica perversa no se anclaría en la carencia de la necesidad, sino en los excesos gozosos del deseo. Desde un punto de vista *intensivo*, los placeres

de la sodomía serían, según Sade, casi irresistibles.

Sexo nómade

Otro problema es la cuestión de la promiscuidad, de la orgía, del sexo nómade. Cierto punto de vista psicomédico supone que los cuerpos eróticos aspiran universalmente a relaciones amorosas estables. Sin embargo, ese sexo nómade no sería una manifestación de carencia o fruto de la falta de un amor fijo; toda una voluntad de afirmación deseante urdiría sus densos vericuetos.

El dispositivo desencadenado a partir del SIDA pretende "fijar" en aras de una promocionada "conyugalización" esas sexualidades nómades. Vuelve aquí a vislumbrarse la "incompresión" de la óptica médica: si ya le es difícil aceptar que ciertos órganos sean erotizados en detrimento de otros que tendrían esa "función" fisiológica específica, menos todavía ha de entender ciertas prácticas orgiásticas o nómades, donde se trata de hacer con una gran cantidad de *partenaires* lo que podría ser hecho, desde el punto de vista técnico, con uno solo. La moral médica entra en choque con las combinatorias de los cuerpos que se enlazan.

Las fugas intensivas

Envueltos en una red de encuentros sociales, los cuerpos producen intensidades. Más aun, los afectos y repulsiones entre los cuerpos, sus sensaciones, son en sí mismos intensivos, se modulan según umbrales de intensidad, cuya producción trastorna y atraviesa los propios cuerpos, hasta extremar o subvertir incluso la organización fisiológica del organismo. De ahí que búsquedas muy fuertes de intensidad, de éxtasis en las sensaciones, puedan tensionar al cuerpo hasta el límite de su resistencia, hasta las puertas de la muerte y de la desintegración.

El deseo tendería al exceso, a la desmesura, a la fuga. Los caminos son varios. La búsqueda extrema de intensidad puede seguir las vías de la orgía, de la perversión radical y sistemática, hasta la extenuación y la repetición apática de los gestos. Línea de fuga siempre fronteriza, es capaz de orillar los abismos de la destrucción o de la autodestrucción, desencadenando una *pasión de abolición*.

Tanto el perverso que deambula por los baldíos del peligro, como el consumidor de drogas que se empecina en la exacerbación hasta lo imposible de un vértigo frenético, estarían sumergiéndose (¿o naufragando?) en las arenas movedizas donde la intensificación del deseo

roza la muerte. Sin embargo, esa búsqueda desenfrenada no es estrictamente suicida, aunque el suicidio pueda aparecer, a la manera de un accidente o de una tentación, en la complejidad de sus meandros. Esa búsqueda de intensidad es esencialmente afirmativa –afirma la vida tensionándola y tensionando el cuerpo, viajando en la experimentación de sus límites–. Esta experiencia de un desafío radical que amaga, en su exploración intensiva, traspasar los umbrales de la creación y de la sensación, apunta, en última instancia, a la mutación de la existencia, tomando al sujeto humano como un viajero entre puntos de fuga y de ruptura. Esa especie de viaje no encaja en los cuadros congelados de una supuesta "racionalidad", no se integra a los esquemas preestablecidos de una existencia acolchada y rutinaria.

La perspectiva médica suele no tener en cuenta esos laberintos del deseo: básase, por el contrario, en un esquema más lineal. La vida no sería tomada, desde el punto de vista de la "medicalización", en su sentido *intensivo*, sino sólo en su sentido *extensivo*. Menos importaría la riqueza o la calidad de la experiencia de vida que la frialdad estadística de la cantidad de años alcanzada por un individuo.

Las normas serán elaboradas, entonces, tratando de estirar al máximo el tiempo abstrac-

to de vida, con prescindencia de la intensidad singular con que cada vida es vivida. El miedo a la muerte invade la vida y la confisca, coartando las potencialidades expansivas, neutralizando las intensidades.

Deseo y muerte

La homosexualidad ha sido tradicionalmente ligada a la muerte. El término *faggot* (literalmente, "leña"), aplicado peyorativamente contra los homosexuales norteamericanos, provendría, se dice, de los maderos con que se encendían las hogueras donde se carbonizaban los sodomitas y, también, los herejes. Si mítica, la versión refuerza una recurrente asociación, presente sobremanera en las novelas de Jean Genet: en *Querelle de Brest*, homosexualidad y asesinato se enmarañan inextricablemente. Escenas por el estilo se concretan en los frecuentes robos, extorsiones, palizas y variados crímenes de que son objeto los homosexuales (más de cincuenta asesinados en el Brasil a lo largo de dos años, según cómputos del Grupo Gay de Bahía): ceremonia de terror que, a veces, forma parte del juego.

El SIDA introduce una forma directamente clínica de esa relación tenebrosa. Por una suer-

te de fabulosa confabulación, lo moral se junta con lo patológico. Sin desconocer el peligro real representado por la enfermedad, la utilización de su letalidad para mortificar y reglamentar a los perversos debería ser evitada. Considerar que el SIDA es un mal "evitable", fruto de excesos prescindibles, implica negar, para mejor domeñarla, la fuerza del deseo que lleva a alguien a practicar relaciones socialmente "indeseables". Por detrás de la argumentación de que la sodomía es "evitable", ¿no estaría la vieja ilusión conservadora de que la homosexualidad también lo sea?

O tal vez todo ese dispositivo contenga en sí una intención de ablandar la lujuria provocativa de las *locas*, encorsetando sus merodeos, y toda experiencia sexual "disidente", a los parámetros de una normalidad ampliada y más o menos conyugal, que excluye a los marginales, los promiscuos, los travestis (y eventualmente a las mujeres liberadas, los maridos libertinos, etc.). Así, para salvarse de las diatribas que los acusan de "agentes infecciosos", algunos gays intentarían "limpiar su imagen" al punto de constituirse en paródicos baluartes de una pacata y mimética normalidad. Política "reformista", de "dignidad" e "identidad homosexual", a través de la cual la homosexualidad, paradójicamente, se desexualiza y se abstiene de las delicias de la sodo-

mía celebrada por Sade. En ese sentido, buena parte del movimiento gay americano ha diluido su carácter contestatario para rearticularse como un agrupamiento paramédico de salud pública.

Sería preciso, tal vez, concebir una política sexual diferente, que no desconociese la multiplicidad de los deseos eróticos ni intentase disciplinar pedagógicamente a los perversos y sus gozos. Se trata de ofrecer la mejor información posible, pero afirmando simultáneamente el derecho a disponer del propio cuerpo y de la propia vida.

La vida no se mide apenas, como quiere la institución médica, en términos de prolongación de la sobrevida (o de la agonía), sino también en intensidad de gozo. No debería ser la dimensión deseante renegada, si es que se trata de salvar la vida.

Por último, el dispositivo del SIDA encaja en un generalizado giro a la derecha en Occidente. La derecha americana procuraría contener, en parte, la "disolución moral" que supo comercializar y que tantas preocupaciones le causara al Papado. Esa articulación de fuerzas reaccionarias le hace decir al filósofo libertario Félix Guattari que si el SIDA no existiese, habría que inventarlo: "Existe en torno a la enfermedad una especie de fiesta mortífera, un carnaval de conservadorismo y reacción que

se apodera de ella, desarrollando una política obsesiva de represión al homosexual". Sobre el pánico del SIDA se volcaría, de paso, la amenaza de muerte que pende sobre la humanidad: hambre, guerra, contaminación, etc., más "evitables" que la sodomía.

Hay, para las poblaciones amenazadas, un riesgo real –que no debe ser, con todo, sobrestimado–. Se trata, tal vez, de un inestable compromiso entre el riesgo y el gozo, sujeto a los vaivenes del deseo. Esa afirmación del deseo no debería ser vivida (como quiere la histeria higienista) con culpa y mala conciencia, sino con alegría. Sería paradójico que el miedo a la muerte nos hiciese perder el gusto por la vida.

Bibliografía

Sobre la enfermedad

Perspectiva médica:

"Dossier AIDS", del doctor Fernando Samuel Sion, de la Universidad de Río de Janeiro. Publicado en la revista *Ciencia Hoje*, vol. 5, núm. 27, noviembre/diciembre de 1986.

Folleto SIDA, editado por el equipo del Instituto Pasteur de París, con la coordinación del doctor Montagnier. Publicación de la Foundation Internationale pour l'Information Scientifique, París, octubre de 1985.

Perspectiva social:

"AIDS: um virus só não faz doença", revista *Comunicações do ISER*, año 4, núm. 17, Río de Janeiro, diciembre de 1985. Con artículos de Claudia Moraes, Sergio Carrara, Herbert Daniel, Regine de Araújo y Cristina Vallinoto, el de Luiz Mott ("AIDS: reflexões sobre a sodomia") resulta particularmente interesante. En lo global, un análisis del discurso médico-periodístico sobre el SIDA.

"Les intellectuels, le SIDA et la realité", por Pierre Boncenne y Pierre Assouline, revista *Lire*, núm. 122, París, noviembre de 1985. A partir de las repercusiones de la muerte de Michel Foucault entre los intelectuales franceses, recorre los tratamientos literarios y mitológicos de las enfermedades y su influencia en las costumbres. Una versión (muy resumida) fue publicada por la revista *Leia*, San Pablo, diciembre de 1985.

"The Plague Year", por David Black. Revista *Rolling Stone*, núm. 445, 25 de abril de 1985, Nueva York. Incluye análisis sobre la polémica entre las teorías "multifactorial" y "unifactorial" en el campo médico.

Sobre la medicina

Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI, 1966. Examina la mutación conceptual del saber médico, en relación con la institucionalización de la medicina en los siglos XVIII y XIX.

Ivan Illich, *Némesis médica*, México, Joaquín Mortiz-Planeta, 1978. Una crítica radical y fundamentada de la expansión del poder médico-institucional y sus mortíferas consecuencias.

Jean Crauvel, *A ordem médica*, San Pablo, Editora Brasiliense, 1983. Analizando el discurso médico bajo una perspectiva psicoanalítica, denuncia la "inexistencia" de la relación médico-paciente y su sustitución por la relación institución-enfermedad.

Philippe Ariés, *Muerte en Occidente*, Barcelona, Argos Vergara. Investiga la paulatina segregación de la muerte en el espacio doméstico y "personal", su confiscación hospitalaria y su interdicción contemporánea.

Susan Sontag, *Enfermedad y sus metáforas*, Barcelona, Muchnik. Pasa revista a las apropiaciones metafóricas y míticas de las enfermedades, como modo de estigmatización de quienes las padecen.

Paula Montero, *Da doença a desordem*, Río de Janeiro, Graal, 1985. Partiendo de una investigación sobre el umbanda, la autora rescata mecanismos de resistencia popular a la imposición autoritaria

de cierta concepción abstracta del cuerpo y de la salud hecha por la medicina oficial.

Italo Tronca, "*Historia e doença: a partitura oculta (A lepra em São Paulo, 1904/1940)*", en Renato Janine Ribeiro (comp.), *Recordar Foucault*, San Pablo, Editora Brasiliense, 1985. Análisis de las repercusiones de la lepra en el imaginario social, que inciden en la reclusión científicamente inocua de los enfermos.

Sexo, deseo, homosexualidad.

Michel Foucault, *Historia de la sexualidad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967. Un texto clave para entender la instauración del "dispositivo de sexualidad" en la compleja articulación de saberes, poderes y placeres.

Michel Pollak, "*A homossexualidade masculina, ou: a felicidade no gueto?*", en *Sexualidades Ocidentais*, San Pablo, Editora Brasiliense, 1985. Riguroso análisis de la cuestión homosexual después de la gay liberation.

Peter Fry y Edward Mac Rae, *O que é homossexualidade*, San Pablo, Editora Brasiliense, 1982. Una visión brasileña de la "construcción" histórica y social del homosexual, que rechaza las tesis biologistas.

João Silvério Trevisa, *Devassos no paraíso*, San Pablo, Max Limonad, 1986. Una informada historia de la vivencia homosexual en el Brasil y sus tramas secretas; incluye la visión del autor sobre el SIDA.

Manuel Castells, "Cultural Identity, sexual liberation and urban structure: gay community in San Francisco", in *The City and the grassroots*, Berkeley, University of California Press, 1984.

Bell, Alan y Wainberg, Martin, *Homosexualidades*, Madrid, Debate, 1979.
Deleuze, Gilles y Guattari, Félix, *Mille Plateaux*, Paris, Minuit, 1980.